

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques CHEVASSU-PÉRIGNY

Né le 10 janvier 1911, à Orsennes (Indre)

L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE
DES OUVRIERS TUBERCULEUX
VERS L'ARTISANAT RURAL

Président : M. TROISIER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1941

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET..... Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE..... Anatomie pathologique.
 DELAY..... Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET.... Obstétrique.
 DOGNON..... Physique.
 FEVRE..... Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD.... Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE..... Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL.... Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL..... Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHEL..... Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD..... Pathologie chirurgicale.
 SOULIE..... Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH.... Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. TROISIER

Professeur de Clinique de la Tuberculose
Médecin de l'Hôpital Laennec
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR CARNOT
M. LE PROFESSEUR GRÉGOIRE
M. LE PROFESSEUR RATHERY
M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT
M. LE DOCTEUR CHEVASSU
M. LE PROFESSEUR GOUGEROT
M. LE DOCTEUR TZANCK
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
M. LE DOCTEUR COURCOUX
M. LE PROFESSEUR TROISIER
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. COURCOUX

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

A MESSIEURS LES DOCTEURS DOUADY ET COHEN

Médecins-directeurs du Sanatorium des Etudiants
(Saint-Hilaire du Touvet)

A MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN CH. MARIE

Médecin-directeur des Sanatoriums
Le Brévent-l'Aiguille d'Ayère (Passy)

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. CHEVALIER

Médecin-chef de l'Hôpital de Lagny

L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE DES OUVRIERS TUBERCULEUX VERS L'ARTISANAT RURAL

Introduction.

« S'il est une tâche utile à remplir, c'est de restituer à une vie saine des êtres innombrables dont une civilisation contre nature menace l'existence, et au premier plan tant de faibles et de débiles qui peuvent encore devenir des forts » (Dumarest).

Le problème de l'avenir social, post-sanatorial, des tuberculeux pulmonaires a été étudié par de nombreux auteurs infiniment plus compétents que nous, et l'orientation professionnelle de l'ouvrier vers l'artisanat a été envisagée depuis longtemps, mais les tentatives de placement à la campagne n'ont rencontré jusqu'ici que peu de succès, pour des raisons d'ordre psychologique et financier.

L'importance du réaménagement rural actuellement envisagé, et les avantages matériels consentis par l'Etat nous ont cependant suggéré l'élaboration de ce modeste travail.

Au moment où les villes connaissent le chômage, alors que les campagnes dépeuplées manquent d'artisans, il paraît logique de diriger sur celles-ci ceux que leur état physique rend moins résistants. Beaucoup pourraient ainsi se suffire à eux-mêmes, qui restent, en ville, à la charge de la société. On pourrait les rendre à une vie saine et utile. Ce serait le meilleur moyen d'effacer en eux le sentiment de leur amoindrissement physique.

La réintégration sociale du travailleur manuel tuberculeux.

« En ces temps de chômage généralisé, ce serait folie de croire qu'un homme atteint d'une tare physique puisse concourir à chances égales avec un sujet bien portant, à moins d'avoir quelque compensation avantageuse à mettre dans la balance » (B. W. Burhœ).

On a pensé faire bénéficier le tuberculeux des méthodes les plus modernes de travail : recherche des meilleures aptitudes de l'individu par les tests et spécialisation professionnelle utilisant au maximum la machine.

On a réalisé des « colonies de tuberculeux » (Angleterre, Suisse, Allemagne), des « chaînes lentes » dans certaines usines (U. R. S. S.), des ateliers de rééducation (surtout en Hollande et en Italie), ou même de véritables écoles professionnelles à orientations multiples (Etats-Unis, Italie).

En France, la meilleure réalisation est celle de certaines collectivités qui assurent une reprise de travail progressive à leurs ouvriers tuberculeux (entre autres la S. N. C. F.). Quelques œuvres privées « réadaptent »

et « rééduquent » avec beaucoup de dévouement un petit nombre de sujet. Et les médecins-directeurs de sanatoriums essaient de leur mieux de placer quelques malades sortants.

Peu de malades en somme, tout au moins en France, peuvent trouver à la sortie du sanatorium un métier adapté à leur état. Les uns vivent de l'allocation de chômage ou profitent de la pension d'invalidité des assurances sociales, les autres reprennent leur ancien métier, souvent dans de mauvaises conditions.

Nous donnons à l'appui de cette affirmation une statistique citée par le Dr Etienne Bernard, et qui concerne les tuberculeux du département de la Seine sortis de sanatorium entre le 1^{er} janvier 1937 et le 30 juin 1938 :

Sur 4.798 sortants, 4.058 ont pu être suivis, dont 50 % ont repris du travail. Au bout d'un an la répartition est la suivante :

34 % ont pu reprendre du travail sans incident ;
36 % ne peuvent travailler pour raison médicale ;
30 % ne peuvent travailler pour raison sociale (chômage), ou professionnelle (métier ne pouvant convenir à un ancien tuberculeux).

Mettant les choses au mieux, supposons que notre malade ne soit rendu à la vie normale qu'après « réadaptation » et « rééducation » suffisante ;

Que va-t-il devenir ?

Il va d'abord se heurter à des difficultés d'embauchage : on n'a généralement pas besoin de lui. Supposons encore que l'on protège sa rentrée : celle-ci se fera aux dépens d'un individu sain qui restera au chômage. Et notre tuberculeux, malgré la meilleure des guérisons reste tout de même un sujet fragile pour qui le milieu urbain est défavorable.

Inutile de dire que les conditions idéales que nous avons imaginé pour lui ne correspondent en rien à la réalité. Il y a des chances pour qu'il retrouve les mêmes facteurs qui ont favorisé l'éclosion de sa maladie (logement, hygiène, chômage, misère). Même si on améliore ces facteurs, même si son employeur lui permet un travail progressif, pas trop pénible, il garde un « terrain » fragile qui sera longtemps une gêne pour son métier et un risque pour son avenir.

L'ensemble de ces facteurs défavorables (chômage, milieu urbain, conditions de travail) fait que le médecin de sanatorium voudrait pouvoir conseiller la campagne à ses malades sortants. Nous allons voir quels sont les débouchés qui s'y offrent à eux.

Les professions artisanales rurales.

Prenons pour exemple un village de l'extrême Ile de France, aux confins de la Bourgogne et du Gâtinais : un gros bourg comptant, en 1898, 1.800 habitants, tombé, en 1919, à 900, atteignant aujourd'hui péniblement 600. Bourg dont les terres sont particulièrement riches, où l'élevage du mouton exploitait les terres pauvres, où le voisinage de petits bois riches en genévriers entretenait une industrie apicole importante : 3.000 ruches dont il reste 50 ; 1.500 moutons dont il reste 40.

Ce bourg, chef-lieu de canton, désormais sans marché, sans foire, a vu l'exode de toute sa jeunesse vers Paris, 33 fermes sont à l'abandon, 200 feux sont éteints.

Il y avait :

2 menuisiers : le survivant a 73 ans.

2 charpentiers : le survivant a 80 ans.

3 maçons : 2 sont morts. Seul un fils du troisième continue le métier du père.

1 peintre en bâtiments : le peintre actuel est un italien.

1 serrurier-ferronnier : à 89 ans il gagnait encore près de 140 francs par jour.

1 plombier, pour l'entretien de la distribution d'eau municipale ainsi que des chenaux, gouttières, etc... : il n'y en a plus.

Le réparateur des machines agricoles, à la fois charron et mécanicien, ne peut suffire à sa tâche.

Il reste un bourrelier pour 200 attelages, et un sabotier, vieillard incapable d'exploiter les noyers abattus, comme cela se faisait autrefois.

L'artisanat est nécessaire à la vie de ce village : la rareté de l'artisan oblige, si on ne peut attendre, à aller acheter à la ville des outils « en série », mal finis, mal adaptés aux nécessités régionales ; on manque d'ouvriers pour l'entretien des clôtures, des hangars, des collecteurs d'eau ; des machines agricoles restent en panne pendant des jours. Si on ajoute tout ce que l'équipement moderne a apporté à la vie rurale : hache-paille, hache-racines, batteuses individuelles, barattes, écrémeuses, etc..., on voit combien est important le rôle de l'artisan local pour retenir dans une vie rurale normale ceux que l'on s'efforce de ramener à la terre.

Ces exemples ne sont pas isolés, il suffit de parcourir nos campagnes pour constater que l'artisanat y est en voie de disparition, et qu'il est exercé par des vieillards ou des étrangers. **La nécessité ne fera que croître au moment où, comme nous le verrons, un gros effort de réaménagement rural est tenté.**

Notons enfin que les professions féminines, en voie de suppression, retiendront moins qu'avant les familles à la ville. La femme peut s'occuper, à la campagne, de petit élevage, et les modistes, couturières y sont rares. Là encore il y a des possibilités de travail.

Ces exemples montrent les réalisations « possibles ». On a souvent dressé des listes des métiers indiqués aux tuberculeux. Nous ne voyons pas bien les chances de succès de certains métiers comme la pisciculture, l'aviculture, l'horticulture... cependant conseillés. Il va sans dire qu'il ne peut être question pour le tuberculeux, même bien rétabli, de faire des travaux « agricoles » (semage, moissonnage, labourage, etc...), déjà pénibles pour les cultivateurs qui y sont accoutumés.

Un point important reste à préciser : nous avons parlé de « campagne », ce qui est vague. Où nos ouvriers pourront-ils raisonnablement trouver un travail suffisant et assez régulier pour les faire vivre ? Nous n'envisageons pour eux que les agglomérations d'au moins 1.000 habitants, et le « chef-lieu de canton » nous paraît être, tant au point de vue des facilités d'approvisionnement en matières premières qu'au point de vue des éléments de travail, la situation qui convient le mieux pour les placements que nous cherchons à faire.

Nous ne ferons qu'énumérer les avantages de cette solution pour les anciens malades :

1° Tous les malades, au retour du sanatorium, souffrent de la vie en milieu urbain : air plus ou moins vicié, bruit, encombrement, immeubles à multiples étages, vie plus difficile qu'ailleurs ;

2° Des crédits sont affectés à la modernisation des logements ruraux ;

3° Alimentation plus saine, produits frais ;

4° Les distractions de plein air (pêche, etc...) sont plus saines que l'unique cinéma. Et le café rural, bien que confiné, est moins nocif que celui des villes ;

5° L'artisan rural effectue son travail comme il l'entend, aux heures qu'il lui conviennent, et peut se ménager des moments de repos dans la journée. Enfin bien souvent l'outillage électrique vient lui épargner l'effort.

Il reste une objection : l'entretien des pneumothorax et, en tous cas, la simple surveillance médicale, indispensable pendant longtemps après la cure.

Il y avait en 1937, 871 dispensaires en France, très inégalement répartis puisque chaque département en possédait de 1 à 39 (Seine excepté). Avant la guerre on prévoyait la création de nouveaux dispensaires dans les départements mal pourvus. Il faudrait évidemment tenir compte de l'équipement médical des diverses régions.

En tous cas les « chefs-lieux de canton », que nous avons envisagés pour les placements, possèdent sou-

vent des dispensaires ou ont des facilités de communication pour se rendre au dispensaire voisin. Enfin il semble naturel d'admettre que ces dispensaires fassent des insufflations à des malades non assurés sociaux quand les services hospitaliers sont éloignés.

Réalisation.

A. Fabre cite, dans sa thèse sur l'avenir social du tuberculeux, les avantages de l'artisanat rural, mais il estime que « la formation de l'individu — dans la majorité des cas ancien habitant des villes — son apprentissage, ses habitudes, gênent l'installation rurale qui réclame plus de goût que de bonne volonté ».

Le Dr Roux qui, à Mardor, a consacré ses efforts depuis de nombreuses années à l'orientation des tuberculeux vers le *petit* artisanat disait il y a quelques années : « Ce n'est pas que l'on ne trouverait pas à les placer, ces petits artisans, dans des villages dépeuplés de leurs artisans d'autrefois et où ils pourraient vivre non certes largement, mais suffisamment. De ceux qui ont pu tenter l'expérience je n'en ai pas vu échouer. Mais combien peuvent la tenter... Pour s'installer il faut une petite somme d'argent, si minime soit-elle, et les pouvoirs publics se désintéressent de la question. »

Les métiers que nous envisageons devraient être plus rémunérateurs et exercés dans des centres plus importants que ne le prévoit, croyons-nous, le Dr Roux.

Mais la question des frais d'installation reste la même et c'est d'eux que dépendra en grande partie, la question de ces déplacements.

a) Les frais d'installation.

« En 1927, dit le Dr Roux, je tentai auprès du Ministre de l'agriculture une démarche en vue d'obtenir que le gouvernement s'intéressât aux tuberculeux civils.

... Entendons-nous bien d'abord et posons dès à présent en principe ce que nous avons toujours dit : le tuberculeux ne peut pas cultiver la terre, c'est-à-dire labourer, herser, semer, faucher, moissonner, etc... Il ne peut être un paysan, mais il doit être un campagnard.

... J'énumérai les métiers « campagnards » que le malade pouvait exercer et je demandai d'aider le placement individuel de ces récupérés. C'est alors que mon rapport déformé, remanié par des incompetents, fut déposé en projet de loi intitulé déplorablement « retour à la terre des tuberculeux ». Voté à la Chambre, il fut rejeté au Sénat qui estimait, à juste titre, que le tuberculeux ne devait pas travailler la terre. Depuis, on n'a plus entendu parler de rien ».

Actuellement un gros effort est tenté pour ramener le Français dans les campagnes et deux lois récentes concernent le réaménagement rural :

1^o La loi du 5 août 1940, relative « à l'attribution

d'avances pour faciliter le financement des travaux publics ou d'intérêt agricole » ;

2^o La loi du 27 août, relative « à l'inventaire et à la mise en culture des terres et des exploitations abandonnées ».

D'autre part, un décret d'administration publique prévoit :

1^o Des avances pouvant aller jusqu'à 25.000 francs pour modernisation et « hygiénisation » des locaux d'habitation ruraux ;

2^o Jusqu'à 60.000 francs pour reconstruction, modernisation des locaux d'exploitation (vacheries, écuries, laiteries, etc...);

3^o Pour les chômeurs désireux de retourner à la terre :

a) Le droit de transport gratuit pour eux et leur famille ainsi que pour leur mobilier, sur justification d'une licence d'exploitation d'une ferme ou de biens ruraux en deshérence ;

b) Des avances pouvant aller de 20 à 50.000 francs, remboursables en 30 années, au taux de 1 %.

Or l'artisanat est nécessaire à la vie des campagnes. Il serait logique d'en favoriser l'accès pour des ouvriers sortant de sanatorium, après sélection médicale et professionnelle donnant des garanties pour leur avenir. D'autant plus qu'on a souvent à leur verser une allocation de chômage et que leur rechute

pourrait coûter plus cher que les avances nécessaires à leur installation.

b) Les difficultés d'ordre psychologique.

Prenons notre tuberculeux au moment où sa maladie vient d'être diagnostiquée, au moment de son hospitalisation au centre de triage par exemple. *C'est à ce moment qu'il faut lui dire qu'il aura intérêt à renoncer à la ville.* Bien qu'il soit tout disposé à croire son cas meilleur que celui des autres, il sait bien que la tuberculose est une maladie longue et, d'ailleurs, ses voisins auraient tôt fait de lui enlever ses illusions sur un retour rapide à sa vie habituelle.

Il se sentira déjà moins sacrifié si on lui apprend qu'il pourra bénéficier d'avantages spéciaux : installation à son compte aux frais de l'Etat.

Certes, bien des malades ne s'orienteront pas vers la campagne, mais il faut qu'ils en connaissent les avantages. Ensuite, ce sera plutôt l'expérience de leurs voisins, les exemples de ceux qui ont été guéris, qui ont rechuté, etc., qui les convaincront.

Le sanatorium devrait préparer leur avenir professionnel tout en effectuant la sélection médicale et professionnelle nécessaire, car le tuberculeux s'accoutume vite au repos complet, et trop souvent, il en vient à se considérer définitivement comme un assisté social au lieu d'envisager un avenir où il pourrait se suffire à lui-même. Bien avant le réentraînement physique, quelques livres techniques, des

conférences faciles, maintiendraient utilement en lui la volonté d'atteindre ce but. Notons à ce sujet que, en Hollande, la réadaptation est obligatoire dans les sanatoriums pour tous les malades bénéficiant d'une assistance.

Peut-être y aurait-il lieu d'envisager, dès le centre hospitalier de triage, l'orientation vers des sanatoriums spécialisés par catégories professionnelles. Les malades y gagneraient de s'y trouver en milieu connu et la réadaptation ne nécessiterait pas de multiples ateliers.

c) Les placements.

A défaut d'organismes spéciaux, les services sociaux des dispensaires antituberculeux nous paraissent bien placés pour faire connaître les débouchés de l'artisanat dans leurs régions respectives.

Choix des malades.

Nous avons dit que les tuberculeux devraient connaître dès le début de leur maladie les avantages des métiers ruraux. Mais si on envisage les frais d'installation, ceux-ci ne pourront être justifiés qu'après une sélection médicale et professionnelle judicieuse.

L'extension de la collapsothérapie et le dépistage précoce ont considérablement augmenté le nombre des tuberculeux capables d'exercer une profession. Plus de 50 % des tuberculeux *que l'on dépiste actuellement à Paris* pourraient reprendre, après une cure et un réentraînement suffisants, un travail presque normal. Mais c'est en effectuant la réadaptation en sanatorium qu'on appréciera avec le plus d'exactitude leur capacité de travail.

On a essayé ainsi de classer schématiquement les malades sortants. A. Fabre cite la classification de H. B. Vos en trois groupes :

« 1^o Ceux qui sont entièrement rétablis et, par suite, aptes à toute activité.

2° Ceux dont les processus ne sont pas suffisamment éteints et ne peuvent par suite satisfaire aux exigences de la vie quotidienne... temporairement ou définitivement.

3° Les cas graves où rien ne peut être tenté en vue de rendre à l'individu sa capacité de travail. »

C'est dans le premier groupe de Vos que l'on choisira les candidats à l'installation rurale. Il y aurait lieu de prévoir pour eux un certificat d'aptitude. En dehors des cas trop bénins pour la collapsothérapie, et qui sont rares, un pneumothorax efficace, libéré d'adhérences, des lésions initiales limitées, la suppression rapide des bacilles représentent évidemment l'indication de choix. Nous ne reviendrons pas sur l'intérêt qu'il y a, pour beaucoup de ces sujets, à renoncer à la ville, bien qu'ils soient, en principe, en état d'y reprendre leur ancien métier.

Certains malades du deuxième groupe pourraient exercer des métiers ruraux peu fatigants ou seulement des petits métiers comme vannerie, chaiserie, etc... Mais, à eux comme à ceux du troisième groupe, l'assistance est nécessaire et leur avenir incertain ne permet pas de leur avancer les frais de leur installation.

Enfin il faut tenir compte des aptitudes professionnelles de chaque malade. Il est facile de trouver parmi les métiers artisanaux une profession qui utilise les capacités antérieures de l'ouvrier, surtout

dans la mécanique et l'électricité, et les ateliers pourront éduquer les jeunes qui n'ont pas de métier. Mais il faut tenir compte de l'éducabilité du sujet, car la bonne volonté ne suffit pas toujours.

C'est là qu'intervient « l'orientation professionnelle ». Le médecin et « l'orienteur » devront rester en liaison étroite. C'est par leur collaboration que s'effectuera une bonne orientation des sujets que l'on veut réintégrer dans la vie sociale:

Conclusions.

I. — L'artisanat rural offre des professions intéressantes pour des ouvriers tuberculeux bien rétablis, parce que :

1^o Ses conditions de travail sont plus souples qu'à la ville ou à l'usine ;

2^o Le milieu est plus sain que le milieu urbain ;

3^o Les campagnes manquent d'artisans, surtout au moment où le gouvernement favorise le retour à la terre.

II. — Nous envisageons les placements dans des agglomérations d'au moins 1.000 habitants (chef-lieu de canton par exemple), pour des raisons professionnelles et pour les facilités de surveillance on traitements médicaux.

III. — Les tentatives de placements qui ont été faites en ce sens se sont heurtées jusqu'ici à des difficultés d'ordre financier et psychologique.

Or, des avances importantes sont actuellement consenties par l'état pour le réaménagement des

campagnes. Il serait logique d'en faire bénéficier des ouvriers sortant de sanatorium, après sélection médicale et professionnelle donnant des garanties pour leur avenir.

Il faudrait alors que les tuberculeux connaissent, *dès le début de leur maladie*, les avantages médicaux que présente pour eux cette solution, et les avantages matériels qui pourraient leur être consentis.

IV. — A défaut d'organismes spéciaux, les services sociaux des dispensaires antituberculeux paraissent bien placés pour faire connaître les débouchés de l'artisanat dans leurs régions respectives.

Vu : le Président de la thèse,

J. TROISIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure
chargé des fonctions de
Recteur de l'Académie de Paris,

J. CARCOPINO.

Vu : le Doyen,

A. BAUDOUIN.

BIBLIOGRAPHIE

Nous remercions ici le « Monde Médical » qui nous a aidé dans cette modeste étude en mettant à notre disposition ses bibliographies et sa bibliothèque.

La thèse très précise du D^r A. Fabre contient une importante bibliographie sur la reprise du travail des tuberculeux.

AURIACOMBE. — La reprise du travail chez le tuberculeux pulmonaire. Thèse Paris, 1933.

WELDON BURHOE (B.). — Réadaptation du malade au travail dans les sanatoriums des Etats-Unis. *Bull. de l'Union Int. contre la Tub.*, janvier 1926.

DUMAREST. — La vie hygiénique du tuberculeux.

DUMAREST, BRETTE, LELONG, PHILIP, ROUGY. — Le travail et la profession dans la tuberculose pulmonaire. Rapport de la réunion des Méd. de San. du Jura et des Alpes françaises, 2 juin 1937. Hauteville.

FABRE (A.). — La reprise du travail et l'avenir social des tuberculeux pulmonaires. Thèse Lyon, 1938.

PARODI. — Il funzionamento delle Scuola professionale del Sanatorio di Camerlata. Difesa sociale, mars 1935.

— Le travail dans les sanatoriums. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Passy*, nov. 1936.

ROUX. — La réadaptation des tuberculeux à la vie normale.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Passy, nov. 1936.

WARNERY (M.). — Réadaptation, rééducation, récupération des.
tuberculeux pulmonaires. *Rev. tub.*, nov. 1938.
